Lane Medical Library

Aus der Medizinischen Klinik der Universität Halle a. S.
Direktor Prof. Dr. Th. Brugsch

Allergie als Ursache abdomineller Krankheitsbilder

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Vereinigten Friedrichs-Universität
Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Paul Hoene
aus Magdeburg

Ostdeutsche Druckerei u. Verlagsanstalt, Inh. Otto Jung, Halle.
1932

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154005_0433

In der Erkenntnis und Erfassung allergischer Zustände und ihrer Ursache ist es der heutigen klinischen Medizin gelungen, eine große Reihe von Krankheitsbildern nicht nur zu umgrenzen sondern auch in ihre ursächliche Entstehungsweise so weit einzudringen, daß wir durch Erkennung und Fernhaltung des schädlichen Allergens das Krankheitsbild oftmals beeinflussen können. Als wesentlichste allergische Krankheitsbilder, die wir in der Klinik beobachten, kennen wir neben dem Asthma bronchiale und der allergischen Bronchitis die allergischen Zustände, die wir im Heufieber, den urticariellen Exzemen, bei der Rhinitis und Konjunktivitis und den verschiedenartigsten abdominellen Krankheitsbildern sehen.

Zur Entstehung eines allergischen Zustandes ist eine Disposition erforderlich, die mit dem Eindringen bestimmter Stoffe einen so veränderten Reaktionszustand hervorruft, daß der Organismus bei erneuter Zufuhr dieses Stoffes sensibilisiert wird und dann mit allergischen Symptomen verschiedenster Art reagiert. Als solche Allergie auslösende Substanzen kennen wir eine große Reihe von Eiweißstoffen, Nahrungsmitteln, Chemikalien, Pflanzenpollen, Bakteriengemischen, Zersetzungsprodukten und die sogen. Haus- und Klimaallergene (Storm van Leeuwen). Hierbei sehen wir, daß es durchaus nicht immer nur ein einziger Stoff zu sein braucht, der in jedem Fall eine Allergie auszulösen imstande ist, sondern oft sind es auch Gemische dieser Substanzen, die dann gerade in einer bestimmten Zusammensetzung sensibilisierend allergisch auf den Organismus einwirken. Man kann sogar sagen, daß es kaum einen Stoff oder ein Nahrungsmittel gibt, die nicht unter bestimmten geeigneten Bedingungen in der Lage wären, eine Allergie hervorzurufen. Wenn wir so wissen, daß die allergische Ursache überaus

mannigfaltig sein kann, so ist die Frage von besonderem Interesse, wie denn nun diese Allergie erzeugenden Substanzen in den Organismus gelangen, welches ihre Eintrittspforten sind.

Da kommen vor allem 2 Wege in Betracht. Das ist einmal der Respirationstraktus und ferner der Weg über den Magendarmkanal. Respiratorisch sind es die Nase und die Lungen mit ihrer gewaltigen Oberfläche, die eine häufige Eintrittspforte darstellen, und dann ist es der Darm, der in seiner großen Ausdehnung und Oberfläche für die Resorption dieser Stoffe besonders geeignet ist. Eine weitere Eintrittsmöglichkeit bietet noch die Hautoberfläche, und so kennen wir auch allergische Zustände, die am ehesten durch Hautreize ihre Erklärung finden könnten. Die alimentäre oder intestinale Form kommt für die Nahrungsmittel und peroral genommene Medikamente, die respiratorisch-aerogene für Pollen, Staub und Ausdünstungen, die dermatogene für Gewerbeschädigungen in Betracht. Dabei ist hervorzuheben, daß die jeweiligen Überempfindlichkeitszustände nicht an ihre Eintrittspforte gebunden sind, sondern jede Aufnahme der Allergie erzeugenden Stoffe kann jedes allergische Bild verursachen.

Die Erkennung allergischer Krankheitsbilder in Klinik und Praxis hat in neuerer Zeit durch zahlreiche Untersuchungen immer mehr an Boden gewonnen und die Prüfung der „allergischen Reaktion" vermag uns oft bei positivem Ausfall wertvolle Hinweise zur Behandlung des Patienten und den Weg der einzuschlagenden Therapie zu geben. Die allergische Prüfung ist heute durch die fabrikmäßige Herstellung handelsüblicher Allergiestoffe wesentlich erleichtert worden. Man bedient sich hierzu entweder der sogen. Kratzmethode oder der intrakutanen Quaddelmethode. Beide Arten der Allergieprüfung sind durchaus brauchbar und leicht durchzuführen. Für die Diagnostik einer Nahrungsmittelallergie benutzen wir die Kratzmethode, während wir für Pollen, bakterielle Überempfindlichkeit und die sogen. Haus- und Klimaallergene die intrakutane Quaddelmethode bevorzugen.

Wann haben wir denn nun überhaupt den Verdacht, daß ein allergisches Krankheitsbild vorliegt? Keineswegs sind diese Zustände etwa lehrbuchmäßig klar erkennbar und von anderen Krankheitsbildern leicht abzutrennen. Hier müssen uns neben dem klinischen Bild, das dann meist irgendwie atypisch nicht in die gewohnten Krankheitszustände einzuordnen ist, besonders eine gründlich aufzunehmende Anamnese Hinweise geben, und dann sind es weitere Merkmale, wie Mattigkeit, Kopfschmerzen und im Blutausstrich fast regelmäßig auffindbare mehr oder weniger ausgeprägte Vermehrung der eosinophilen Leukozyten. Gerade diese Eosinophilie ist es, die uns oft erst auf das Vorliegen einer allergischen Krankheitsursache hinzuweisen vermag, und es wird auf sie darum bei Allergieverdacht stets besonders zu achten sein.

Diese Eosinophilie, wie wir sie eigentlich regelmäßig bei allergischen Menschen im Blut nachzuweisen vermögen, findet sich, wie wir in zahlreichen Untersuchungen feststellen konnten, im Capillar- und Venenblut gleichmäßig. Es ist aber von Wichtigkeit darauf hinzuweisen, daß sich eine Vermehrung der eosinophilen Leukozyten fast stets auch im Sputum beim Asthmatiker, in der Haut bei allergischer Urticaria, ferner auch im Stuhl und Urin bei allergischen Prozessen, die sich im Darm oder Urogenitalsystem abspielen, nachweisen läßt. Diese Eosinophilie im Blut oder in den Exkrementen ist nun aber keineswegs immer als konstant anzusehen. Sie wechselt mit dem Stadium der Erkrankung, mit dem Auftreten der Allergie oder deren Besserung, und sie vermag sogar im Blut zeitweise sich zu verstärken und im Sputum oder Stuhl dann in geringerem Umfange aufzutreten oder umgekehrt. Der Befund der Eosinophilie ist uns jedenfalls bei der Diagnostik allergischer Krankheitsbilder in der Klinik oft führend gewesen, ja wir haben aus dem Befund einer Eosinophilie in einer großen Zahl unserer Kranken erst die Diagnose einer allergischen Erkrankung nach daraufhin ausgeführter Allergieprüfung gestellt.

Seit wir bei unseren Kranken den allergischen Krank-

heitsbildern eine vermehrte Aufmerksamkeit schenken, ist es uns gelungen, eine große Anzahl von Erkrankungen, die sonst ein unklares Beschwerdenbild mit den verschiedensten Klagen meist bei vegetativ gezeichneten Menschen aufwiesen, als allergisch zu erkennen. Gewiß war uns die allergische Disposition des Asthmatikers oder bei der chron. Bronchitis und dem Heufieber stets bekannt. Darüber hinaus haben wir aber jetzt unsere Aufmerksamkeit besonders den abdominellen Krankheitsbildern auf ihre allergische Disposition hin gewidmet und wir wollen im folgenden über unsere Erfahrungen nnd Befunde speziell im Bezug auf abdominelle Erkrankungen in ihrer Beziehung zur Allergie berichten.

Die allergische Genese einiger Darmerkrankungen, die wir unter dem Bilde der Myxorrhoea nervosa oder der Colitis mucosa kennen, die aber nach Brugsch richtiger als allergische Schleimkolik bezeichnet werden sollte, ist gleichfalls gekennzeichnet durch das Vorhandensein der eosinophilen Zellen in dem zur Untersuchung gelangenden Schleim, der mit dem Stuhl abgesetzt wird. Diese allergischen Darmerkrankungen sind in ihrer allergischen Ätiologie durchaus in Parallele zu setzen mit den allergischen Erkrankungen der Lunge, der Bronchien und der Haut. Genau so wie bei diesen Erkrankungen können wir auch bei den allergischen Darmerkrankungen eine spezifische Allergie nachweisen. Während aber bei den allergischen Prozessen, die sich auf die Luftwege beschränken, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die sog. Haus- und Klimaallergene als allergieerzeugendes Agens nachgewiesen werden können — neben der Überempfindlichkeit gegen Pollen, Nahrungsmittel etc. — ist es bei der Darmallergie in der Mehrzahl mit den Nahrungsmitteln aufgenommenes tierisches Eiweiß oder auch eine Nahrungsmittelüberempfindlichkeit durch andere Stoffe. Diese unterschiedliche Verteilung der verschiedenen Allergene auf die verschiedenen Krankheitszustände ist durch die eingangs gegebene Einteilung der Eintrittspforten für die Allergene in den Organismus durchaus verständlich, da es ja die Nahrungsmittel vor allem sind, die im Darm zur Resorp-

tion gelangen und hier gegebenenfalls Allergie auslösend wirken können. So fanden wir allergische Prozesse und Überempfindlichkeit im Bereich des Abdomens besonders gegen Milch, Eier und Fleisch, aber auch gegen Gemüsearten, Hülsenfrüchte und Getreide. Hier werden wir auf die Milchallergie später noch besonders einzugehen haben, da wir öfters Fälle von allergisch-abdominellen Erkrankungen zu beobachten Gelegenheit hatten, die wir ätiologisch auf eine Milchallergie zurückführen zu müssen glauben.

Unter den Darmerkrankungen, die wir als allergisch zu betrachten haben, ist der eosinophile Darmkatarrh zwar häufig verkannt aber doch wohl am bekanntesten. Hartnäckige Diarrhoen als Ausdruck allergischer Reizzustände des Darmkanales sind keineswegs selten. Zu ihnen gehört auch das Bild der allergischen Schleimkolik, bei der sich in den reichlichen Schleimbeimengungen des Stuhls stets mikroskopisch eine Vermehrung eosinophiler Zellen nachweisen läßt. Einen stürmischeren Verlauf zeigt die Enteritis anaphylactica, eine Bezeichnung, die Schittenhelm und Weichardt erstmalig auf Grund ihrer Versuche über die Eiweißanaphylaxie in die Klinik einführten. Aber wir kennen nicht nur diese diarrhoischen Zustände seitens des Darmkanals auf allergischer Basis, sondern bei genauer Analyse der zur Beobachtung kommenden Fälle von Obstipationen können wir sowohl spastische wie atonische Obstipationen als allergische Verstopfungen erkennen. Eine Allergieprüfung vermag uns in diesen Fällen allergischer Darmerkrankungen dann ein oder mehrere Nahrungsmittel aufzudecken, auf die das betreffende Individuum unter gewissen Bedingungen allergisch reagiert. Durch Fortlassen des als schädlich erkannten Stoffes gelingt es dann auch meist, die bestehenden Beschwerden und Erscheinungen seitens des Darmes nach verhältnismäßig kurzer Zeit zum Verschwinden zu bringen. Bei der Gegenprobe, d. h. der Wiederzuführung des betr. Allergie auslösenden Nahrungsmittels, treten dann fast regelmäßig die alten Beschwerden wieder auf. Wir werden bei der in der Folge noch zu

besprechenden Therapie der abdominell-allergischen Zustände auch noch auf diese Technik der Allergenprüfung einzugehen haben.

Bei der Besprechung allergischer Darmzustände und Auftreten eosinophiler Zellvermehrung im Stuhl und im Blut muß aber auch noch auf eine andere Quelle derartiger Störungen hingewiesen werden, zumal gerade sie recht häufig zu beobachten ist, nämlich das Vorhandensein von Darmparasiten. Die Wurmkrankheit im allgemeinen ist im Volke stark verbreitet und auch in der Klinik gibt uns eine große Zahl der zur Behandlung kommenden Patienten auf Befragen an, daß sie schon einmal Würmer bemerkt hätten und Wurmkuren durchgemacht haben. Sowohl Oxyuren, wie Askariden und Bandwürmer haben wir als Ursache einer Blut- und Stuhleosinophilie gesehen und als Grund langjähriger Magen-Darmstörungen, die unter den verschiedensten Diagnosen behandelt worden waren, erkannt. In diesen Fällen ist es leicht, durch eine sachgemäß durchgeführte Wurmkur die Beschwerden rasch zu beseitigen. Dabei ist aber zu bemerken, daß viele Patienten nicht gerne zugeben, daß sie an Würmern leiden. Man muß daher bei Verdacht auf eine Wurmerkrankung mit dem Befragen der Kranken sehr vorsichtig sein und vor allem zunächst nach Symptomen wie Afterjucken fahnden, ehe man direkt fragt, ob der Kranke schon Würmer im Stuhl selbst beobachtet hat. Darmparasiten können auch die Ursache mannigfacher allergischer Erscheinungen sein, sodaß auf sie stets in erster Linie geachtet werden muß. Die Erscheinungen, auch die Eosinophilie, pflegen aber dann nach erfolgreich durchgeführter Wurmkur rasch zu schwinden und die Kranken pflegen sich dann auch sehr schnell zu erholen.

Die Einordnung der eosinophilen Darmkatarrhe in allergisches Krankheitsgeschehen geht nach den Untersuchungen von Schittenhelm und Weichardt, auf Befunde von Neubauer und Stäubli sowie Strümpell zurück. Strümpell setzte bereits die von ihm beobachteten Magen-Darmstörungen in Beziehung zum Bronchialasthma und zur exsudativen

Diathese und spricht bereits vom „Darmasthma". Für diese Zustände hat man versucht, eine erhöhte Reizbarkeit des Vagus verantwortlich zu machen, zumal Eppinger und Hess hatten zeigen können, daß nach Injektion des den Vagus reizenden Pilocarpins bei Kaninchen Eosinophilie zu beobachten ist, während das Sympathicusmittel Adrenalin, das sich ja als eins der sichersten und bewährtesten Mittel bei der Behandlung des Asthmas und allergischer Zustände erweist, die Zahl der eosinophilen Zellen herabzusetzen vermag. Neuerdings hat Schittenhelm mit Tonietti die Frage der Bedeutung des Nervus vagus für allergisch-anaphylaktische Zustände erneut angeschnitten. Neben diesen keineswegs immer nachweisbaren Beziehungen des vegetativen Nervensystems zu allergischen Darmerkrankungen scheinen auch Zersetzungsprodukte von Nahrungsmitteln — im Sinne einer Histaminwirkung zumal bei nicht mehr ganz einwandfreien roh genossenen Nahrungsmitteln — eine Rolle zur Auslösung anaphylaktischer Erscheinungen zu spielen. Schließlich wird von einigen Autoren, wie auch von Storm van Leeuwen, eine erhöhte Durchlässigkeit der Darmwand für die Allergene vermutet. In einer großen Zahl der von uns beobachteten Patienten mit allergischen Störungen seitens des Abdomens hat es sich um vegetativlabile, sensible Menschen gehandelt, die eine besondere Neigung zu Überempfindlichkeitserscheinungen zeigten.

Neben den in der Klinik ja häufiger beschriebenen allergischen Zuständen seitens des Darmtraktus haben wir nun aber auch ferner weitere Krankheitszustände beobachten und als allergisch bedingt feststellen können, die nicht auf die bekannten allergischen Darmerkrankungen beschränkt blieben, sondern darüber hinaus Erscheinungen seitens des Magens, der Bauchspeicheldrüse, der Nieren- und Harnwege hervorgerufen hatten. Meist war es in diesen noch näher zu beschreibenden Fällen wieder erst das vermehrte Auftreten eosinophiler Zellen im Blut, die uns den Verdacht allergischer Zustände und allergischer Ätiologie des vorliegenden Krankheitsbildes nahelegten. Diese Formen des Auftretens einer

Allergie finden wir in der Literatur kaum erwähnt, und sie schienen uns daher für eine eingehendere Untersuchung und Beschreibung besonders wertvoll. Wenn wir in diesen Fällen von einer Allergie sprechen dürfen, so stützen wir uns dabei auf die erhobenen Befunde, die in einer Eosinophilie einer spez. Hautreaktion und der günstigen Beeinflussung der Fälle durch Fortlassen des schädlichen Allergens bestanden. Bei der spez. Desensibilisierung konnten wir z. T. dann sogar starke Lokal- und Herdreaktionen mit Fieberzacken sehen.

Bei der Beurteilung dieser Fälle sind wir uns z. T. allerdings auch darüber im Klaren, daß es sich bei den zur Beobachtung gelangten Erscheinungen keineswegs immer direkt um den Ausdruck allergischer Momente gehandelt hat. In einer Reihe von Fällen waren die Erscheinungen selbst dadurch bedingt, daß wir im Röntgenbild als Ursache mehr oder weniger ausgedehnte Mesenterialdrüsenverkalkungen feststellen konnten, wie sie von Rothmann bereits einmal aus dieser Klinik beschrieben werden konnten. Diese Mesenterialdrüsenverkalkungen konnten wir auf Grund eines von Herrn Professor Brugsch gemachten Vorschlages als alte Perlsucht-Infektion erkennen mit allergischer Hautreaktion gegen bovines Tuberkulin und spez. Überempfindlichkeit und Hautreaktion gegen Milch verbunden mit Bluteosinophilie. Bei der daraufhin gründlichst aufgenommenen Anamnese konnte dann auch oftmals ein besonders starker Genuß von roher Milch festgestellt werden. Durch die alte meist wohl schon in der Jugend stattgehabte Infektion mit Milch von tuberkulösen Kühen war es dann zu der Bildung der verkalkten Mesenterialdrüsen gekommen, wie sie nach der Statistik von Möllers an einem großen Leichenmaterial gerade für das Abdomen keineswegs selten ist. Diese abdominellen Mesenterialdrüsenverkalkungen, die zu einem großen Teil als allergisch bedingt erkannt werden konnten, sind nun als die Ursache mannigfacher abdomineller Krankheitserscheinungen anzusehen, wie wir sie im Folgenden an Hand von Krankengeschichten darlegen werden. Wir

haben nämlich gesehen, daß durch diese abdominellen Verkalkungen die verschiedensten Krankheitsbilder hervorgerufen wurden. So konnten wir Fälle von Magen- und Pankreaserkrankungen sehen mit nachweisbaren Verdauungsstörungen im Sinne einer gestörten Fett- und Fleischverwertung. Wir haben aber auch Fälle beobachtet, die unter dem Bilde akuter Nierenkoliken in die Klinik eingeliefert wurden, und wo die Untersuchung (Pyelographie) dann zeigte, daß diese Koliken dadurch hervorgerufen worden waren, daß der Harnleiter von Mesenterialdrüsen umklammert war, die dann entweder eine Harnstauung oder stärkste Spasmen auslösten. In diesen Fällen konnten wir im Harnsediment sogar Erythrozyten finden, und die Koliken erwiesen sich als so stark, daß sie mit Opiaten bekämpft werden mußten, um die starken Schmerzattacken zu brechen. Über Fälle von allergischen Befunden in der Blase wird z. Zt. in der Klinik eine besondere Zusammenstellung angefertigt (Doktor-Dissertation Westphal).

Bei den 21 dieser Zusammenstellung zu Grunde gelegten Fällen konnte als Ursache der verschiedenen abdominellen Krankheitsbilder das allergische Moment auf Grund der positiven Allergiehautreaktionen, der nachweisbaren Eosinophilie und der Anamnese nachgewiesen werden.

Im einzelnen ergab sich folgende Verteilung der Krankheitserscheinungen:

Darm	Magen	Pankreas	Harnwege
10	3	2	6

Von 16 Fällen ließ sich durch eine positive allergische Hautreaktion das schädliche Allergen nachweisen, während bei 5 F. die Hautteste negativ ausfielen. Die Überempfindlichkeiten erstreckten sich dabei auf:

Fleisch	Milch + Eier	Getreide	Gemüse	neg. Reaktion
9	4	1	2	5

Nachfolgend geben wir einige Fälle als Beispiele:

Fall 1. F. K. 29 jährige Ehefrau.

Familienanamnese: o. B.

Eigene Anamnese: Als Kind englische Krankheit, Masern, Scharlach, Diphtherie. 1917 Nahrungsmittelvergiftung angeblich durch Genuß einer Torte, wobei noch weitere Personen erkrankten. Seit dieser Zeit will sie unter Magen- und Darmbeschwerden leiden. 1925 1. Partus, der regelrecht verlief. Während der Schwangerschaft hätten zeitweise Durchfälle bestanden, zeitweise Stuhlverstopfung. Auch nach der Geburt hielt dieser Zustand in wechselnder Stärke an. Der Stuhl war immer dunkel gefärbt, zeitweise diarrhoisch, zeitweise hart geformt, vermischt mit etwas Blut und weißlichem Schleim. Öfters tagelang kein Stuhl, der dann nur auf Laxativa bzw. Ölklystiere produziert wurde. Bei kaltem Wetter besonders starke Tenesmen. 1925 angeblich Blinddarmoperation. Anfang Dezember 1930 Auftreten eines sehr stark juckenden Hautausschlages am ganzen Körper, der angeblich mit gutem Erfolg durch Schwefelpräparate behandelt wurde. Die Wassermannsche Reaktion sei dreimal neg. ausgefallen. Z. Zt. habe sie wieder unter starken Tenesmen und Stuhlverstopfung zu leiden. Der Stuhl sei sehr hart und enthalte zeitweise Blut- und Schleimbeimengungen.

Befund: Patientin in mittelmäßigem E. Z. von zierlichem Knochenbau und mäßiger Muskulatur. Haut und Schleimhäute gut durchblutet. Keine Oedeme, keine Exantheme. Am Hals kleine harte Lymphdrüsen palpabel. Kopf o. B. Tonsillen hypertrophisch. Zunge feucht, nicht belegt. Gebiß intakt. Thorax symmetrisch, von asthenischem Typ. Bei der Atmung scheint die linke Seite etwas zurückzubleiben. Sonst Pulmo und Cor o. B. Abdomen leicht gespannt aber ganz gut eindrückbar und nicht besonders druckschmerzhaft. Suprapubische Narbe. Keine Resistenzen palpabel. Leber und Milz o. B. Extremitäten und Nervensystem regelrecht. Deutliche Dermographie.

Behandlung und Verlauf:

15. 1.: WaR —. Blutsenkungszeit 12 mm. Bilirubin im Serum indirekt 0,95 mg%, direkt ϕ. Probefrühstück: Schlecht angedauter Mageninhalt, Kongo +, Säurewerte 2/24. Urinbefund o. B. Stuhl spastisch geformt mit Blut- und Schleimbeimengungen. Bei der rektoskopischen Untersuchung findet sich spiegelglatte Schleimhaut. Beim Einführen des Rektoskops reichliches Einströmen glasig-gelblichen Schleimes. Mikroskopisch finden sich im Darmschleim reichlich eos. Zellen. Bakt. im Stuhl nur Bacterium Coli. Blutbild: Hb 95%, Erythr. 5,1 Mill., Leuko. 6400. Ausstrich: Eos. 2,5, Stabk. 0,5, Segment 66,5, Lympho. 27,5, Mono. 2%.

16. 1.: Rö-A. Magen: Normotoner Hakenmagen mit grobem Relief sonst o. B. Die Allergieprüfung mit Hauttesten von Parke-Davis ergibt eine deutliche positive Reaktion auf Fleisch. Therapie: Fleischfreie Kost, Wittepepton, subaquale Darmbäder, Belladonna-Papaverinzäpfchen.

24. 1.: Der Stuhl ist nicht mehr spastisch, keine Leibschmerzen mehr, gestern noch einmal reichlich Sanguis im Stuhl.

7. 2.: Subaquale Darmbäder wurden gut vertragen. Das Aussehen des Stuhles ist fast normal, keine Blut- und Schleimbeimengungen mehr. Keine Schmerzbeschwerden.

14. 2.: Patientin fühlt sich wohl, hat immer regelmäßigen Stuhlgang von normaler Beschaffenheit ohne Blut- oder Schleimbeimengungen. Blutausstrich: Baso. 1, Eos. 6, Segment. 60, Lympho. 29,5, Mono. 3,5%. Pat. heute beschwerdefrei entlassen.

Zusammenfassung:

Aus der Anamnese entnehmen wir, daß Patientin bereits seit 1917 an Magen- und Darmbeschwerden leidet. Die immer wiederkehrenden Zustände von Durchfällen mit nachfolgender Stuhlverstopfung unter Blut- und Schleimbeimengungen im Stuhl weisen auf das bekannte Krankheitsbild einer Colica mucosa hin. Obwohl die Patientin irgendwelche Diätvergehen für das Auftreten dieser Beschwerden nicht angeben konnte, ließen doch der Befund der Eosinophilie im Stuhlschleim und die positive allergische Hautreaktion auf Fleisch den Schluß zu, daß es sich im vorliegenden Fall um ein allergisches Krankheitsbild handelte. Bei der bestehenden Überempfindlichkeit gegen Fleisch wurde die Patientin fleischfrei ernährt und eine unspez. Desensibilisierung mit Wittepepton eingeleitet. Unter dieser Behandlung konnten wir sehen, daß die Patientin in verhältnismäßig kurzer Zeit beschwerdefrei wurde und auch der objektive Untersuchungsbefund, wie er in der normalen Beschaffenheit des Stuhles zum Ausdruck kam, eine wesentliche Besserung aufwies, während sie sonst immer monatelang unter diesen Darmbeschwerden zu leiden hatte. Während sich bei der Einlieferung der Patientin in die Klinik im Stuhlschleim ausgeprägte Eosinophilie vorfand, im Blutausstrich jedoch nur 2,5% eos. Leukozyten nachgewiesen werden konnten, wurde im Verlauf der Behandlung die Eosinophilie im Stuhlschleim immer geringer, während sich im Blut am Entlassungstag eine Eosinophilie von 6% fand.

Fall 2, P. N. 34 jähriger Reichsbahnbeamter.

Familienanamnese o. B.

Eigene Anamnese: Patient hat angeblich keine Kinderkrankheiten durchgemacht, will auch sonst nie ernstlich krank gewesen sein. Appetit,

Verdauung und Stuhlgang seien immer in Ordnung gewesen. Den Krieg hat er als k. v. mitgemacht, lag einmal wegen Lungenspitzenkatarrhs im Lazarett, hat aber dann von Seiten der Lunge keinerlei Beschwerden wieder gehabt. Seit Beendigung des Krieges hat er über Verdauungsstörungen zu klagen, die sich hauptsächlich in starken Blähungen, Kollern im Leib und Stuhlverstopfung äußerten. Meistens sei der Stuhl sehr hart, zeitweise auch breiig. Stuhlgang habe er immer nur in mehrtägigen Abständen. Stärkere Schmerzbeschwerden beständen nicht, doch beeinträchtigen ihn obige Beschwerden sehr in seinem Wohlbefinden und bei der Ausübung seines Berufes. Hinzu komme noch, daß er sich immer sehr matt und abgespannt fühle, häufig Kopfschmerzen habe und sehr nervös sei. Diese schon jahrelang bestehenden Beschwerden verursachten ihm manchmal derartige Depressionszustände, daß er unfähig sei, seinem Dienst nachzugehen. Deswegen habe er schon Sanatorien aufgesucht, aber bisher ohne nennenswerten Erfolg. Wegen der Verdauungsstörungen erfolgt jetzt Einweisung in die Klinik.

Befund: Patient ist ein mittelkräftiger Mann in ausreichendem E. Z. Haut und Schleimhäute gut durchblutet. Rechts oberhalb des Schlüsselbeines bohnengroße Drüse palpabel, keine Oedeme, keine Exantheme, Kopf o. B. Angeblich viel Kopfschmerzen. Hals, Rachen o. B. Rechte Tonsille etwas hypertrophisch. Zunge nicht belegt. Gebiß: oben Zahnersatz. Pulmo o. B. Cor o. B. Leib weich, gut eindrückbar. Im rechten Unterbauch sowie links des Nabels leicht druckempfindlich. Leichte Rektus diastase, leichter Nabelbruch. Leber, Milz o. B. Extremitäten regelrecht. Nervensystem: Sehnen- und Periostreflexe an den Armen etwas lebhaft, sonstige Reflexe o. B. Starke Dermographie. Während der Untersuchung starkes Schwitzen, besonders in den Axillen. Rektale Untersuchung: Leichter Prolapsus ani, stärkere Haemorrhoidalknoten.

Behandlung und Verlauf:

12. 3.: Blutsenkung 4 mm. WaR —. Harnstoff 43,0 mg%, Harnsäure 4,3 mg%, Indikan ϕ. Urinbefund o. B. Rö-Bauchübersicht o. B. Der Stuhl ist seit 2 Tagen nicht abgesetzt worden und wird auch heute nur auf Einlauf produziert, ist breiig, ziemlich massig (Pankreasstuhl) ohne Schleimbeimengung. Mikroskopisch keine Fett- und Fleischvermehrung, keine eos. Zellen. Blutbild: Hb 105%, Eryth. 4,9 Mill., Leukoz. 4200, Ausstrich: Baso. 0,5, Eos. 8, Segmentk. 46, Lympho. 43, Mono. 2,5%.
13. 3.: Probefrühstück gut angedaut, keine hohe Sekretschicht, Kongo +, Säurewerte 32/54.
14. 3.: Rö-A. Darm: Weiter Darm frei beweglich, offene Klappe, rückläufige Dünndarmfüllung. Atonischer Darm. Der Stuhl ist auch heute nur auf Einlauf zu erhalten, Beschaffenheit unverändert.

16. 3.: Rektoskopie: Es findet sich bei der äußeren Betrachtung ein Prolaps des Rektum mit entzündlicher Schwellung und einiger reizloser Fissuren. Starke Haemorrhoidalknotenbildnng. Mit einem dünnen Rektsokop gelingt die Rektoskopie glatt. Es finden sich weder Narben noch Blutungen oder Schleimauflagerungen. Die Darmschleimhaut erscheint im Bereich der Betrachtung stärker injiziert, stellenweise etwas aufgelockert, im ganzen jedoch spiegelnd glatt ohne Defekte. Auch heute nur Stuhl auf Einlauf.

18. 3.: Bei der heutigen Allergieprüfung mit Nahrungsmitteltesten von Parke und Davis findet sich eine deutlich positive Reaktion gegen Fleisch.

19. 3.: Rö-Magen o. B.

21. 3.: Diastase im Urin: d = 64 E. Stuhl wird auch heute wieder nur nach Einlauf produziert. Es findet sich weder Schleim noch Blut darin.
Therapie: Auf Grund der Bluteosniophilie von 8% und der Allergie gegen Fleisch wird Patient jetzt fleischfrei ernährt. Zur unspez. Desensibilisierung Wittepepton per os.

26. 3.: Diastase im Urin: d = 64 E. Blutzucker 0,081 g%.
Der Stuhl, der anfänglich nur in mehrtägigen Abständen und dann auch nur nach Einläufen abgesetzt wurde, wird in letzter Zeit täglich produziert, hat aber immer noch etwas massiges pankreasstuhlartiges Aussehen. Nach einer Fett- und Fleischbelastung findet sich auch eine leichte Vermehrung von Fett- und Muskelfasern, keine eos. Zellen.

31. 3.: Blutausstrich: Baso. 1, Eos. 7, Segm. 36, Lympho. 51, Mono. 5%.

4. 4.: Der Gesamtbefund erscheint gebessert, es bestehen kaum noch Beschwerden. Der Stuhl wird unter fleischfreier Kost und unspez. Desensibilisierung spontan produziert, anfänglich noch in eintägigen Abständen, in letzter Zeit jedoch täglich. Patient wird heute gebessert entlassen und zur Nachuntersuchung wiederbestellt. In der Zwischenzeit soll er weiter fleischfrei leben und Wittepepton nehmen.

11. 6. 31.: Neuaufnahme zur Nachuntersuchung: Patient hat im großen und ganzen den Vorschriften entsprechend zu Hause gelebt und nur ab und zu mal etwas Geflügelfleisch gegessen. Die Beschwerden seien gegen früher wesentlich besser, nur ab und zu beständen nochmal etwas Drücken und Kollern im Leib. Stuhl habe er jeden 2. Tag abgesetzt und nur ganz selten mal Einläufe machen müssen.

13. 6.: Blutsenkung 3 mm. Blutbild: Hb 105%, Erythr. 4,6 Mill., Leukoz. 4800. Ausstrich: Baso. 1, Eos. 8, Segmentk. 34, Lympho. 52, Mono. 5%. Diastase im Urin 64. Der Stuhl ist immer noch etwas massig und zeigt auch nach Fett- und Fleischbelastung leichte Vermehrung von Muskelfasern und Fett, jedoch keine eos. Zellen.

17. 6.: Allergieprüfung: Fleisch positiv. Rö-Darm: Der Darm füllt sich

widerstandslos und vollständig. Linke Colonflexur steht sehr hoch, Flintenlaufcolon, nirgends druckschmerzhaft.
Therapie: Patient wird weiterhin fleischfrei ernährt, erhält Wittepepton per os und Pankreontabletten.

25. 6.: Stuhl wird immer spontan produziert und zeigt zeitweise ganz normale Beschaffenheit.
27. 6.: Wegen der starken Haermorrhoidalbeschwerden Verlegung zur chirurg. Klinik.
11. 7.: Heute Zurückverlegung. Im Blut Eosinophilie von 10% im Stuhlausstrich leichte Eosinophilie.
25. 7.: Stuhl hat fast normale Beschaffenheit und wird ziemlich regelmäßig abgesetzt. Patient hat kaum noch über Beschwerden zu klagen. Heute Entlassung und Wiederbestellung.
15. 10.: Neuaufnahme: Patient hat die eingeleitete Behandlung weitergeführt. In der Zwischenzeit keinerlei Beschwerden. Der Leib ist frei von Druckschmerz, leichte Empfindlichkeit des S Romanum.
16. 10.: Stuhl fast geformt, kein Schleim, kein Blut, im Stuhlausstrich keine Eosinophilie, im Blutausstrich Eosinophilie von 6,5%. Die Allergieprüfung auf Fleisch ergibt noch eine schwache positive Reaktion.
Behandlung: Fleischfreie Diät, Wittepepton.
17. 10.: Subjektiver und objektiver Befund gebessert. Keine wesentlichen Beschwerden. Täglich Stuhl. Gewichtszunahme. Entlassung.

Zusammenfassung.

Klinisch bot sich bei dem Patienten das Bild einer atonischen Obstipation mit gleichzeitiger Insuffizienz des Pankreas, die sich besonders in der gestörten Fleisch- und Fettverdauung mit typischen Pankreasstühlen zeigte. Als Ursache der Krankheit mußte eine Allergie gegen Fleisch angenommen werden, die in der positiven Hautreaktion sowie der Blut- und zeitweisen Stuhleosinophilie ihre Bestätigung fand. Die Behandlung erstreckte sich auf Einhalten einer fleischfreien Kost und einer unspez. Desensibilisierung mit Wittepepton per os. Bei den verschiedenen Nachuntersuchungen, die sich über einen Zeitraum von 7 Monaten erstreckten, konnte unter Beibehaltung einer völlig fleischfreien Kost und unter dauernder Peptonverabreichung das Fortschreiten der Befundbesserung beobachtet werden.

Fall 3. K. W. 26 jähriger Angestellter.

Familienanamnese o. B.

Eigene Anamnese: Keine Kinderkrankheiten. Angeblich wegen Blutarmut behandelt. 16 jährig Magenbeschwerden. Angeblich „nervöses Magenleiden". 1924 Go. 1928 Angina mit Nierenentzündung. 1930 erneut Krankenhausaufnahme wegen Magen- und Darmbeschwerden. An-

geblich damals Übelkeitsgefühl, Brechreiz, zeitweise Durchfälle, wechselnd in Stuhlverstopfung. Dabei häufig kolikartige Schmerzen. Weiterhin bestanden nervöse Schwächezustände, Mattigkeit, starkes Herzklopfen, Schwindelanfälle und Angstzustände. Ein organischer Befund konnte nicht erhoben werden. Er wurde damals mit Stärkungs- und Beruhigungsmitteln behandelt. Dennoch seien seine Beschwerden bis auf den heutigen Tag nicht besser geworden. Auch jetzt habe er noch über Druckgefühl im Leib, das bald nach dem Essen auftritt, sowie über starke Blähungen zu klagen. Der Stuhl sei zeitweise diarrhoisch, zeitweise Stuhlverstopfung, wobei immer starke Schmerzen im Leib und Kreuz auftreten. Kein Alkohol- und kein Nikotinabusus.

Befund: Mittelgroßer Mann von kräftigem Knochenbau und ausreichendem E. Z. Hautfarbe etwas blaß, sichtbare Schleimhäute gut durchblutet. Keine Oedeme, keine Exantheme. In den Inguinen bohnengroße Drüsen palpapel. Ausgesprochen vagolabiler Mann. Kopf o. B. Hals o. B. Rachen: rechte Tonsille zerklüftet. Zunge nicht belegt. Gebiss intakt. Pulmo und Herz o. B. Puls: gute Füllung und Spannung während der Untersuchung schwankend zwischen 70 und 110 pro Min. Leib nicht gespannt, läßt sich gut eindrücken. Druckschmerz unter dem Prozessus X (Plexus), sonst überall leicht diffus druckempfindlich. Leber, Milz o. B. Extremitäten regelrecht. Nervensystem: Sehnen und Periostreflexe an den Armen etwas lebhaft, sonst Reflexe o. B. Starke Dermographie. Starkes Schwitzen in den Axillen.

Behandlung und Verlauf:

7. 1 : Blutsenkung 5 mm. WaR —. Harnstoff 54,9 mg%, Harnsäure 4,1 mg%, Bilirubin im Serum ind. 0,55 mg%, dir. —. Probefrühstück gut angedaut, Kongo +, Säurewerte 10/23. Urinbefund o. B. A.-T.-Reaktion —. Rö Lungen-Herz o. B.

8. 1.: Rö-Magen: Ösophagus o. B., etwas grobes Relief, glatte Konturen, etwas schlaffer Hakenmagen mit guter Peristaltik und Entleerung. Nach 3 Stunden leer. Brei im Colon Transv. Kein lokalisierter Druckschmerz. Leichte Magenatonie. Blutbild: Hb 105%, Erythr. 5,06 Mill., Leuko. 5000, Ausstrich: Baso. 2, Eos. 10, Segmentk. 53, Lympho. 33, Mono. 2%.

9. 1.: Patient hat seit 2 Tagen keinen Stuhl gehabt, klagt über Völlegefühl und Druckbeschwerden im Leib. Auf Rizinus wird reichlich Stuhl entleert.

11. 1.: Rö-Gallenblase o. B. Der Stuhl ist nicht spastisch, okkultes Blut nicht nachweisbar. Im Stuhlausstrich keine Eosinophilie. Wurmeier im Stuhl mikroskopisch nicht feststellbar. Da ein organischer Befund nirgends zu erheben war, wurde auf Grund der Bluteosinophilie eine Allergieprüfung vorgenommen, die eine deutliche Überempfindlichkeit

gegen Hülsenfrüchte und Getreide ergab. Die Therapie bestand daraufhin in besonderer Diät unter Fortlassung der allergischen Nahrungsmittel und in der Verabreichung von Wittepepton.

15. I.: Patient äußert spontan, daß er sich besser fühle, auch habe er in den letzten Tagen täglich Stuhl abgesetzt.

16. I.: Der Stuhl ist von normaler Beschaffenheit, Patient fühlt sich auch wesentlich besser, verlangt jedoch heute plötzlich seine Entlassung aus der Klinik.

Zusammenfassung.

Wie wir der Anamnese entnehmen, leidet Patient bereits seit seinem 16. Lebensjahre an mannigfachen Beschwerden, die anfänglich sich nur auf den Magen, später auch auf den Darm erstreckten. Dazu kamen ausgesprochen nervöse Beschwerden und Erschöpfungszustände, Mattigkeitsgefühl, Schwindelanfälle, Herzklopfen, Angstzustände, Brechreiz. Irgendein organischer Befund, für seine Magen- und Darmbeschwerden konnte bisher nicht festgestellt werden und auch hier ergab die Untersuchung keinerlei Befund dafür. Die Diagnose lautete bei dem stark vagolabilen Menschen nur immer „nervöse Beschwerden." Die Eosinophilie von 10% im Blut führte, nachdem Darmparasiten durch Stuhluntersuchung ausgeschlossen werden konnten, zur Prüfung mit Allergietesten, wobei sich eine Überempfindlichkeit gegen Hülsenfüchte und Getreide fand. Zur Behandlung wurde eine Diät verabfolgt, die obige Nahrungsmittel ausschloß und eine unspez. Desensibilisierung mit Wittepepton eingeleitet. In der kurzen Beobachtungszeit fühlte sich Patient, wie er spontan angab, besser und vor allem wurde der Stuhl regelmäßig ohne Beschwerden abgesetzt.

Fall 4. W. Sch. Krankenkassenangestellter, 38 J.

Familienanmanese: Vater mit 39 J. an Lungenerkrankung gest, Mutter mit 50 J. angeblich an einer Schilddrüsenerkrankung gest. 5 gesunde Geschwister am Leben. 1 Schwester mit 17 J. an Zuckerkrankheit gest., 1 Schwester an einem Nervenleiden gest. Er selbst ist verheiratet mit gesunder Frau und hat 1 gesundes Kind.

Eigene Anamnese: Kinderkrankheiten: Masern, sonst angeblich gesund gewesen. 1910 wurde bei ihm erstmalig eine Vergrößerung der Schilddrüse festgestellt und mit Tabl. behandelt. 1911 trat er zur Marine ein und machte auch den Krieg als k. v. bei der Marineinfantrie mit. 1916 Go. 1923 Chlorgasvergiftung. Seitdem auf der Brust immer etwas Beklemmungsgefühl und starkes Drücken hinter dem Brustbein. 1928 wegen einer Urticaria behandelt, bei der gleichzeitig starke Stuhlverstopfung bestand. Vom Arzt erhielt er Spritzen und Darmspülungen, aber erst nach 3 Monaten allmähliche Besserung. Anfang Oktober 1930 erneutes Auftreten einer Urticaria und starke Stuhlverstopfung. Besondere Speisen will er nicht genossen haben.

Befund: Patient ist ein kräftiger Mann in gutem E. Z. Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet. Keine Oedeme, keine besonderen Drüsenschwellungen. Es findet sich am ganzen Körper eine ausgedehnte Urticaria, sowie überall reichlich Kratzeffekte. Kopf o. B. Rachen leicht gerötet. Die Schleimhaut erscheint etwas oedematös geschwollen, vor allem das Zäpfchen. Zunge leicht belegt. Gebiß defekt. Augen: Schleimhäute etwas geschwollen. Konjunktivitis. Über der Pulmo findet sich abgesehen von leichten bronchitischen Geräuschen kein pathol. Befund. Herz o. B. Der Leib ist etwas gespannt und leicht diffus druckempfindlich. Leber, Milz o. B. Extremitäten und Nervensystem regelrecht. Rektale Untersuchung: Keine Haemorrhoiden. Sphinkter spasmus.

Behandlung und Verlauf:

31. 10. Blutsenkung 8 mm. WaR. —. Urinbefund: Albumen Spuren, Zucker-, Ub-, Ubgn in Spuren. Sediment o. B. Stuhl wird nur auf Einlauf produziert, ist sehr spastisch, schafkotförmig und zeigt etwas Schleimbeimengung. Mikrosk. im Stuhlschleim starke Eosinophilie. Blutbild: Hb 95%, Erythr. 4,1 Mill., Leuko. 14200, Ausstrich: Eos. 7, Stabkern. 2, Segm. 72, Lympho. 19%. Auf 10 ccm Calcium intraven. keine wesentliche Besserung.

4. 11. Stuhl ist nur auf Einläufe zu erhalten, Beschaffenheit gegen früher unverändert. Im Stuhlschleim starke Eosinophilie. Die Allergieprüfung auf verschiedene Nahrungsmittelreste ergibt eine deutlich positive Reaktion gegen Spinat.
Auf Grund der festgestellten Überempfindlichkeit erstreckt sich die Behandlung auf Verabreichung einer „Allergiediät", Wittepepton und subaqualen Darmbädern.

6. 11. Auf die versuchsweise Verabfolgung von Spinat zur allergischen Diät tritt erneut wieder stärkere Obstipation und ausgedehnte Urticaria auf mit Schwellung der Schleimhäute und Konjunktivitis, nachdem der Befund zuvor schon leicht gebessert war.

10. 11. Die eingeleitete Behandlung wurde weiter durchgeführt und Patient fühlt sich wesentlich besser. Die ausgedehnte Urticaria ist fast gänzlich verschwunden, der Stuhl wird täglich 2 mal spontan abgesetzt und zeigt schon fast normale Beschaffenheit.

15. 11. Urticaria völlig abgeklungen, ebenso die Schwellung der Schleimhäute und Konjunktivitis. Stuhlbefund o. B. Entlassung.

Zusammenfassung.

Klinisch fand sich das Bild einer Obstipation und ausgedehnte Urticaria mit Schwellung der Schleimhäute und Konjunktivitis. Als Ursache konnte eine Nahrungsmittelallergie gegen Spinat gefunden werden, die durch die positive Hautreaktion und die Eosinophilie im Blut und Stuhl ihre Bestätigung fand. Bei der versuchsweisen Ver-

abreichung von Spinat zur „Allergiediät" tritt sofort erneute Obstipation auf, sowie eine ausgedehnte Urticaria mit Schwellung der Schleimhäute und Konjunktivitis. Die Behandlung bestand in Allergiediät und Verabreichung von Wittepepton per os sowie subaqualen Darmbädern. Unter Durchführung der Behandlung wurde Patient rasch beschwerdefrei.

Fall 5. W. S. 31 jähriger Schlosser.

Familienanamnese o. B.

Eigene Anamnese: Als Kind Masern, sonst aber in der Jugend immer gesund gewesen. 1924 Mittelohrentzündung. 1928 Operation eines Bauchbruches. Damals trat auch erstmalig ein starker Darmkatarrh auf und seit dieser Zeit habe er auch sehr viel unter Durchfällen zu leiden. 1931 Blinddarmoperation. Schon kurze Zeit nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus hätten wieder starke Durchfälle eingesetzt, dazu ein schmerzhaftes Druckgefühl im Leib und häufig Erbrechen bald nach der Nahrungsaufnahme. Da sich diese Beschwerden zu krampfartigen Schmerzen rechts unter den Rippenbogen steigerten, wurde er im Oktober 1931 wegen Verdachts auf Gallensteine — zumal auch zeitweise eine Gelbfärbung der Augen bestanden hätte — erneut in das Krankenhaus eingewiesen. Der Verdacht auf Gallensteine konnte jedoch nicht bestätigt werden und die Diagnose hätte damals gelautet „Bauchspeicheldrüsenerkrankung und Störung der Fettverdauung". Auf die Behandlung hin hätten die Durchfälle zwar nachgelassen, aber die Schmerzbeschwerden hätten weiterbestanden. Anfang Dezember 31 setzten erneut wieder Durchfälle mit starken Beschwerden ein. An manchen Tagen sei der Stuhl ganz normal eher etwas fest gewesen, meist jedoch breiig-flüssig. Da trotz wiederholter Behandlung sich diese abdominellen Beschwerden nicht besserten, wird er jetzt der Klinik zur Beobachtung eingewiesen.

Befund: Kräftiger, mittelgroßer Mann in gutem E. Z. Haut und sicht bare Schleimhäute gut durchblutet. Keine Oedeme, keine Exantheme, keine Drüsenschwellungen. Kopf, Hals, Rachen o. B. Zunge leicht belegt. Gebiß intakt. Lunge und Herz o. B. Leib gut eindrückbar. Es findet sich keine umschriebene Druckschmerzhaftigkeit, jedoch wird das Abdomen allgemein als etwas druckempfindlich angegeben. Rechtsseitige Appendektomienarbe. Leber, Milz o. B. Extremitäten, Nervensystem regelrecht. Dermographie ++.

Bendlhaung und Verlauf:

8. 1.: Blutsenkung 2 mm. WaR —. Probefrühstück gut angedaut, etwas Schleim, Schichtung 3 flüssig: 1 fest. Kongo +, Säurewerte 30/46. Blutbild: Hb 105%, Erythr. 5,2 Mill., Leuko. 6000, Ausstrich: Baso. 1, Eos. 7,5, Segm. 43,0, Lympho. 43,5, Mono. 5%. Urinbefund o. B.

10. 1. Die röntgenologische Untersuchung des Magens ergab eine Gastritis bei guter Entleerung. Bulbus o. B. Bei der Untersuchung des Stuhles, der von etwas breiiger Beschaffenheit ist, finden sich einige Bandwurmglieder. Mikrosk. war im Stuhl keine Fett- oder Fleischvermehrung festzustellen, keine eos. Zellen.

11. 1.: Mittels einer Bandwurmkur gelingt es, einen 6,5 m langen Taenia soleum mit Kopf abzutreiben.

12. 1.: Patient äußert heute selbst, daß er sich viel wohler fühle und abgesehen von noch leichtem Druckgefühl im Leib keine besonderen Beschwerden habe.

14. 1.: Patient fühlt sich beschwerdefrei und hat über keinerlei Schmerzen mehr zu klagen. Der Stuhl wird regelmäßig abgesetzt und zeigt normale Beschaffenheit. Patient nahm 1,3 kg Gewicht zu. Entlassung.

Zusammenfassung.

Als Ursache der langjährigen Magen-Darmbeschwerden fand sich das Vorhandensein eines Darmparasiten. Da abgesehen von einer leichten Gastritis für die zeitweisen Durchfälle bzw. Verstopfungen kein organischer Befund zu erheben war, gab uns hier die Eosinophilie im Blut den Hinweis auf Darmparasiten bzw. allergische Beschwerden. Bei der Untersuchung des Stuhles fanden sich Bandwurmglieder. Mittels einer Bandwurmkur wurde ein 6,5 m langer Taenia soleum abgetrieben. Patient war dann auch in wenigen Tagen fast beschwerdefrei und nahm in 5 Tagen 1,3 kg. an Gewicht zu. Die Beschwerden mit wechselnden Durchfällen und Verstopfung dürften als allergische Reaktion des Darmes auf Darmparasiten anzusehen sein.

Fall 6. F. L. 28 jähriger Bergarbeiter.

Familienanamnese o. B.

Eigene Anamnese: Als Kind Lungenentzündung, sonst immer gesund gewesen. 1925 Go-Infektion, 1926 leichtere Gelbsucht. 1929 angeblich ein Magengeschwür festgestellt. 1930. Seit Anfang März bestehen bei ihm wieder Schmerzen in der Magengegend. Kein Erbrechen, häufig schnell vorübergehende Durchfälle, die besonders nach Fettgenuß auftreten sollen. Zeitweise hat er auch über Sodbrennen zu klagen und ab und zu traten auch Schwindelgefühl auf. Da sich sein behandelnder Arzt nach den jetzt bestehenden Beschwerden der früheren Diagnose auf ein Magengeschwür nicht anzuschließen vermag, wies er ihn am 13. Mai der Klinik ein.

Befund: Patient ist ein kräftiger junger Mann in sehr gutem E. Z. mit stark ausgebildetem Fettpolster. Herz, Lunge o. B. Leib fettreich, dabei gut eindrückbar. Bis auf eine geringe Druckempfindlichkeit unterhalb des Nabels rechts der M. L. findet sich kein ausgesprochener

Druckschmerz. Leber und Milz o. B. Nervensystem regelrecht. Sehnenreflexe leicht erhöht. Stark ausgeprägte Dermopraphie.

Behandlung und Verlauf:

15. 5.: Blutsenkung 3 mm. WaR —. Blutzucker 0,086 g %. Probefrühstück Menge 100 ccm, gut angedaut, Schichtung 1:1, Kongo ++, fr. HCl 46 bei einer Gesamtacidität von 82.

16. 5.: Die Rö-D. des Magens zeigt bei einem etwas eingeschnürten Bulbusscheitel einen vergrößerten Abstand Antrum-Pars descendens. Es besteht Verdacht auf Pankreaskopfschwellung. Im übrigen normaler Befund.

19. 5.: Eine Serienaufnahme ergibt schlechtere Füllung des Duodenums inferior, daß vielleicht als etwas komprimiert angesehen werden kann. Kein Anhaltspunkt für ein Ulcus. Diastase im Urin d = 32 E.

24. 5.: Diastase d = 32 E. Fett- und Fleischverdauung o. B.

28. 5.: Blutstatus: Hb 112%, Rote 5,35 Mill., Weiße 8000. Differenzbild: Segm. 65, Eos. 8, Lympho. 23, Mono 4%.

30. 5.: Allergieprüfung: Stark positive Reaktionen auf Milch und Eier. Diät: Gemüse-Kohlenhydratkost.

3. 6.: Hautreaktionen mit bovinem Tuberkulin 1:100000:+++. Eine röntgenologische Bauchübersichtsaufnahme zeigt dicht neben der Wirbelsäule in Höhe des 2. und 3. Lendenwirbels einen großen unregelmäßig begrenzten Kalkdrüsenkomplex.

10. 6.: Beginn der Desensibilisierung mit Perlsuchtuberkulin 0,4/1000000. Am nächsten Tag Temperaturanstieg auf 38°. Starke Lokalreaktion an der Injektionsstelle.

12. 6.: Temperatur morgens 38°, abends 39°. Es werden verstärkte Magenbeschwerden angegeben.

14. 6.: Temperatur abgeklungen. Noch starke Hautrötung an der Injektionsstelle.

16. 6.: Injektion von 0,2/1000000. Perlsuchttuberkulin wird besser vertragen.

18. 6.: Temp. 37,2°.

20. 6.: Injektion von 0,4/1000000 P. T.

22. 6.: Temp. 37,6°. Starke Rötung an der Injektionsstelle. Alkoholumschläge.

25. 6.: 0,8/1000000 P. T. Temp. 37,2°.

30. 6.: A. T. Hautreaktion 1:10000 und 1:100000 (+).

2. 7.: 0,1/100000 P. T.

7. 7.; 0,2/100000 P. T.

8. 7.: Blutstatus: Hb 105%, Rote 4,3 Mill., Weiße 8400. Differenzbild: Segm. 54, Eos. 5, Lympho. 37, Mono. 4%.

Das Allgemeinbefinden hat sich während der Behandlungszeit bedeutend gehoben. Subjektiv bestehen keine wesentlichen Beschwerden mehr. Medikamentös wurde nur ein Belladonna-Mischpulver verabreicht.

11. 7.: Entlassung in weitere kassenärztliche Behandlung.

Zusammenfassung.

Als Ursache der Magenbeschwerden wurde neben einer Superacidität eine starke Mesenterialdrüsenverkalkung mit gleichzeitiger Überempfindlichkeit gegen Milch, Bluteosinophilie und positiver Perlsuchthautreaktion gefunden. Therapeutisch wurde eine Desensibilisierung mit Perlsuchttuberkulin durchgeführt, wobei L. schon auf sehr niedrige Dosierung mit Temperatur-, Herd- und Lokalreaktion reagierte. Patient wurde ferner auf Allergie-Diät gesetzt. Unter derart durchgeführter Behandlung besserte sich das Allgemeinbefinden und auch die anfänglichen Beschwerden, die in der Magengegend angegeben wurden, verschwanden. Gegen Ende der Behandlung verminderte sich auch die Bluteosinophilie.

Fall 7. P. D. 27 jähriger Sekretär.

Familienanamnese: Vater an Magen-Ca verstorben, sonst o. B.

Eigene Anamnese: Nikotinabusus: pro Tag 10 Zigaretten. Als Kind Masern, Scharlach, Rachitis. Er will als Kind überhaupt viel kränklich gewesen sein. Mit 19 J. Nackenfurunkulose. 1922 Magen-Darmkatarrh. 1927 wegen Lungenspitzenkatarrh 6 Wochen in der Heilstätte Grabowsee 1929 Stirnhöhlenentzündung. Er will überhaupt immer sehr anfällig gegen Erkältung gewesen sein.

Jetzige Erkrankung: Am 10. 4. 30. plötzlich stechende Schmerzen in der Nierengegend rechts und im Rücken, die zum Hoden ausstrahlten. Am 12. 4. verstärkter Kolikanfall, der vom Arzt mit Morphium bekämpft werden mußte. Die Schmerzen setzten kolikartig ein und strahlten in den Hoden aus. Nachts Einlieferung in die Klinik.

Befund: Im ganzen guter E. Z. Gewicht 59,7 kg. Supraclaviculargruben etwas eingesunken. Über der rechten Lunge verschärftes Atmen, sonst Lungenbefund o. B. Herz: An der Spitze kurzes systolisches Geräusch. Puls voll, regelmäßig, 80 Schläge pro Minute R. R. 118/65 mm Hg. Leib: Rechts findet sich gegenüber der linken Seite deutliche Spannung. Die rechte Seite ist stark druckempfindlich, besonders etwa 2 Querfinger rechts des Nabels ungefähr im Verlauf des Harnleiters. Leber, Milz o. B. Nervensystem: Erhöhte Sehnenreflexe. Patient ist leicht erregbar. Dermographie ++.

Behandlung und Verlauf:

13. 4.. Ausgesprochene Koliken. Mo. und Atropin. Leuko. 12800. Sediment: vereinzelt Leukoz., hier und da ein Eryth., Oxalate.

14. 4.: Blutsenkung 12 mm. WaR. —. Rö-Übersichtsaufnahme der Nieren: Beiderseits der Wirbelsäule zahlreiche größere und kleinere Fleckschatten, die als verkalkte Drüsen angesehen werden. In der seitlichen Aufnahme liegen alle diese Kalkschatten vor der Wirbelsäule.

15. 4.: A. T. Reaktion +.
Cystoskopie: Blasenkapacität 600, Blase stärker injiziert. Ureterenmündung beiderseits klein, zart und reizlos. Indigkarminausscheidung: links nach 4 Minuten, rechts nach 6 Minuten beiderseits in kräftigem Strahl.

19. 4.: Blutstatus: Hb 97%, Rote 4,5 Mill., Weiße 6400. Differenzbild: Segm. 47, Stabk. 4, Eos. 8, Lympho. 35, Mono. 6%.

23. 4.: Harnsediment: Einige Leuko. und Epithelien, vereinzelt Erythrozyten. Im Urin Albumen in Spuren.

28. 4.: Starker Kolikanfall mit Erbrechen.
Leukozyten 16200. Mo + Atropin.

1. 5.: Starker Kolikanfall, der wieder nur mit Opiaten gebrochen werden kann.

6. 5.: Pyelographie: Die Ureteren beiderseits für den Katheter frei und glatt durchgängig. Die Nierenbeckenfüllung zeigt beide Nierenbecken gut gefüllt, das linke zweigeteilt. Die Fleckschatten liegen sämtlich außerhalb der Ureteren, z. T. allerdings sehr dicht um den Harnleiter herum, den sie doch möglicherweise einzuengen scheinen.
Die Chirurgische Klinik lehnt trotz der erneuten Koliken eine Operation ab, da sie sie nicht durch Konkrement, sondern durch Kalkdrüsen bedingt ansehen.

12. 5.: Tuberkulin-Reaktion mit bovinem Typ 1:100000 ++.

19. 5.: Beginn der Desensibilisierung mit Perlsuchttuberkulin 0,1/1000000.

21. 5.: Leichte Herd- und Lokalreaktion.

23. 5.: Sediment: einzelne Leukozyten, hier und da ein Erythrozyt, Oxalate.

31. 5.: Allergieprüfung: Starke Hautreaktion gegen Gruppe Milch + Eier.

1. 6.: Allergie-Diät:

7. 6 : Nach bisher durchgeführter Desensibilisierung und Diät Gesamtbefinden gebessert, keine Koliken mehr. Nur nach den jeweiligen P. T.-Injektionen Lokal-Reaktionen und Kopfschmerz. Gewichtszunahme.

21. 6.: Harnsediment: Ganz vereinzelte Leukozyten und Oxalate.

28. 6.: Blutstatus: Hb 100%, Rote 4,78 Mill., Weiße 8600. Differenzbild: Segm. 43, Baso. 1, Eos. 9, Lympho. 44, Mono. 3%.
Entlassung als gebessert in hausärztliche Behandlung.

Zusammenfassung.

Patient wurde unter dem ausgesprochenen Bild einer Nierenkolik in die Klinik eingeliefert. Der Konkrementverdacht konnte aber weder röntgenologisch noch bei der Pylographie bestätigt werden. Die Nierenübersichtsaufnahme zeigte zahlreiche verkalkte Mesenterialdrüsen in der Gegend des Harnleiters als Ursache der Koliken. Die

bovine A. T.-Reaktion war stark positiv, ferner fand sich eine Eosinophilie im Blut und Allergie gegen Milch. Im Verlauf der Behandlung gaben wir Allergiediät und begannen mit kleinen Dosen von Perlsuchttuberkulin den Patient zu desensibilisieren. Dabei kam es zu starken Herd- und Lokalreaktionen mit Kolikanfällen. Auf Verdünnungen von 1:1000000 konnten noch leichtere Lokalreaktionen begleitet von subfebrilen Temperaturen und Kopfschmerzen beobachtet werden. Nach Desensibilisierung und Fortlassen von Milch aus der Nahrung schwanden die Kolikanfälle völlig und Patient wurde beschwerdefrei.

Wir haben in Vorstehendem versucht über die bisher bekannten allergischen Krankheitsbilder hinaus das Augenmerk auf das Vorkommen seltenerer abdomineller Allergien zu lenken, die sich uns unter dem Bilde von Magen-Darmstörungen, Pankreas- oder Nierenaffektionen darboten. Für die Diagnostik haben wir darauf hingewiesen, daß neben der für allergische Krankheitsbilder allgemein üblichen Art der gründlichst aufzunehmenden Anamnese sich uns der Befund einer Eosinophilie im Blut oder in den Exkrementen zur Erkennung einer Allergie als führend erwiesen hat. Es handelt sich dabei fast stets um Menschen mit ausgesprochener Vagolabilität. Findet sich bei diesen Fällen keine anderweite genügende Klärung der Diagnose und damit der vorliegenden Beschwerden, so ist eine eingehende Allergieprüfung erforderlich, die sich nicht nur auf die Haus- und Klimaallergene oder Bakteriengemische zu beschränken hat, sondern die gerade auch bei den abdominell allergisch bedingten Krankheitszuständen sich auf die Nahrungsmittel erstrecken muß. Hier können uns zunächst die Gruppenextrakte einen Anhalt für das in jedem Fall schädliche Allergen geben, oft werden wir dann aber bald vor die Notwendigkeit gestellt werden, eine weitere Isolierung des Allergie erzeugenden Stoffes zu erstreben, da wir gesehen haben, daß es nicht immer nur ein Stoff zu sein braucht, der Allergie hervorzurufen imstande ist und erst die Erkennung aller Schädlichkeiten einen Behandlungserfolg verspricht. Da wir häufig mehrere Gruppenextrakte als positiv allergisch bezeichnen mußten, entstehen ohne Erkennung

des einzelnen Allergens oft Schwierigkeiten für die Innehaltung der notwendig zunächst einzuhaltenden Diät. Es muß auch nochmals darauf hingewiesen werden, daß manche Stoffe erst in ihrem Zusammentreffen mit anderen Nahrungsmitteln Allergie auslösend wirken. Es stellen sich so zunächst oft erst die verschiedensten Schwierigkeiten ein, ehe ein Fall vom Standpunkt der Allergieprüfung aus restlos geklärt werden kann, und es gehört zu diesen Prüfungen eine große Geduld von Seiten des Arztes wie des Patienten, die dann allerdings auch im weiteren Verlauf im therapeutischen Erfolg sich ausdrücken wird. Bei der Beurteilung dieser allergisch-nutritiven abdominellen Erkrankung können wir ferner 2 verschiedene Reaktionsformen unterscheiden. Das sind einmal die Fälle, die sofort im Anschluß an die stattgefundene Nahrungsaufnahme mit allergischen Sympomen reagieren, die leicht durch Vermeidung des dann bekannten Allergenstoffes in der Zukunft allergische Zustände vermeiden können und dann die Formen, bei denen sich erst längere Zeit nach der stattgehabten Mahlzeit eine Allergie herausstellt. Diese Formen sind deswegen schwerer zu analysieren, da sich die betreffenden Personen des Zusammenhanges zwischen Nahrungsaufnahme und allergischem Krankheitsbild nicht direkt bewußt werden. Ehe wir daher auf die Fragen der spezifischen und unspezifischen Desensibilisierung der allergischen Krankheitsbilder eingehen wollen ist es notwendig, zumal keineswegs immer die Hautreaktionen positiv ausfallen müssen, die Frage der Diätprobe zu behandeln. Diese erweist sich in den Fällen als besonders geeignet, in denen bei negativem Ausfall der kutanen wie intrakutanen Hautreaktionen das klinische Bild auf eine Allergie hinzuweisen scheint und wo sich bestimmte Einflüsse der Mahlzeiten auf das Krankheitsgeschehen auszuwirken pflegen.

Um bei der vorzunehmenden Diätprüfung möglichst rasch zum Ziel zu kommen, ist es zweckmäßig, dem Vorschlage Storm van Leeuwens zu folgen und zunächst 2 Hungertage einzuschalten. Gelingt es den Patient von

der Notwendigkeit der Prüfung auf die einzelnen Nahrungsmittel als Ursache seiner Beschwerden und Erscheinungen zu überzeugen, so wird er sich dann dieser Karenz wohl für einige Tage gern fügen. Wir haben in der Klinik aber auch Fälle erlebt, die soweit gingen, daß einzelne Patienten aus Protest gegen diese Art der Diätprüfung die Klinik auf eigenen Wunsch verließen. Im allgemeinen wird sich die Diätprüfung bei einiger Vernunft des Patienten aber folgendermaßen gestalten müssen:

2 Hungertage, an denen nur schwach gesüßter Tee und etwas geröstetes Weißbrot oder Zwieback erlaubt wird. Im Anschluß an diese Hungertage legt man zunächst etwas Kohlenhydrate zu. Wenn die Kohlenhydrate gut vertragen wurden, legten wir Fette und Eiweiß in allmählich steigender Dosis zu. Zunächst Butter, dann Milch und Käse, später Eier und schließlich auch Eiweiß in Form von Fleisch. Auch hier werden die verschiedenen Fleischsorten nach und nach in verschieden zubereiteter Form verabfolgt. Zuletzt werden die verschiedenen Gemüsesorten, Hülsenfrüchte, Reis, Kartoffeln und Obstsorten zu den Mahlzeiten zugelegt. Die genaue Diätprüfung nach diesem keineswegs starren Schema benötigt naturgemäß bei der großen Zahl der zu prüfenden Stoffe eine längere Zeit. Einen Hinweis auf die allergisch wirkenden Nahrungsmittel kann uns da oftmals die Hautreaktion bereits geben, aber Hautreaktion und Diätprobe brauchen durchaus nicht immer gleichmäßig auszufallen; selbst bei stark positiver Hautreaktion kann uns die Diätprüfung dann noch anderweit allergisch wirkende Stoffe aufdecken. Wegen dieser nicht immer parallel gehenden verschiedenartigen Prüfungen darf in der Mehrzahl der nutritiv-allergischen Erkrankungen auf die Diätprobe nicht verzichtet werden. Bei sachgemäßer Durchführung der Hauttestprüfung wie der Diätprüfung kann die Erkennung des allergischen Stoffes dann die schlagartige Besserung bzw. Heilung des Krankheitszustandes herbeiführen. Gelingt uns die Erkennung des Allergens, so müssen wir dem Organismus gegen das für ihn schädliche Allergen desensibilisieren.

Dabei können wir uns einmal der spezifischen Desensibilisierung bedienen, vor allem wo nur ein Stoff vorliegt, gegen den der Organismus mit allergischen Symptomen reagiert. Die sächsischen Serumwerke stellen solche spezifischen Allergenstoffe zur Desensibilisierung fabrikmäßig her. Wir selbst wandten die spezifische Desensibilisierung bevorzugt bei den Fällen mit Allergie gegen Perlsucht an, wobei wir uns das bovine Tuberkulin in der gewünschten Dosierung aus der Fabrikpackung der Höchster Farbwerke selbst herstellten. Reagieren mehrere Stoffe positiv, so vermag auch die unspezifische Desensibilisierung gutes zu leisten. Bei den Nahrungsmittelüberempfindlichkeiten bedienten wir uns besonders gern des Wittepepton in peroraler Verabfolgung vor den Mahlzeiten (5 mal 0,5 g pro die), oder wir führten die unspezifische Desensibilisierung mit Tuberkulinkuren oder Schwefelinjektionen in Form des Sufrogels in steigenden Dosen durch. Dabei machten wir die Patienten vorzeitig auf die zu erwartenden Fieberreaktionen aufmerksam, die besonders nach Sufrogel oft erhebliche Höhe erreichen können, aber immer wieder rasch abklingen.

Zusammenfassung.

Ausgehend von allgemeinen Fragen der Allergie-Diagnostik werden in vorstehender Zusammenstellung im besonderen abdominell-allergische Krankheitsbilder beprochen. Neben den bekannten Krankheitsbildern der Darm-Allergien wird auf das Vorkommen weiterer allergisch bedingter Beschwerden von Seiten des Magens, der Bauchspeicheldrüse und der Harnwege hingewiesen. An Hand von 21 Fällen, bei denen derartige Krankheitszustände zur Beobachtung kamen, wird an einer Reihe geeigneter Fälle der Krankheitsverlauf des Näheren ausgeführt und die ursächlichen Schädlichkeiten, ihre Erkennung und Behandlung besprochen. So gelingt es, oft jahrelang behandelte unklare abdominelle Beschwerden unter einem Gesichtspunkt zusammenzufassen und auf Nahrungsmittel-Allergie zurückzuführen. Die diag-

nostischen Merkmale kennzeichnen sich in der positiven Hautreaktion gegen Nahrungsstoffe verbunden mit einer Eosinophilie. Nach Desensibilisierung und Verabreichung einer Allergie-Diät gelingt es, die so ursächlich erkannten abdominellen Beschwerden weitgehend zu bessern.

Literatur.

Brugsch: Lehrbuch der inneren Medizin Urban & Schwarzenberg 1930/31.

Brugsch: Med. Kl., 1930 Nr. 39.

Eppinger & Hess: Zeitschrift für klin. Med. Bd. 68, 1909.

Gutmann: Immunität, Allergie und Infektionskrankheiten Bd. II, 10/11, Seite 292.

Hansen: Praktikum der allergischen Krankheiten.

Kämmerer: Allergische Diathese und Erkrankungen, I. F. Bergmann, 1926.

Kraus-Brugsch: Spez. Pathol. und Therapie innerer Krankheit. Bd. VI. Urban & Schwarzenberg, 1922.

Neubauer & Stäubli: Münch. med. Wo., 1906 Nr. 49.

Rothmann: Med. Kl., 1930 Nr. 43.

Schittenhelm & Weichardt: Münch. med. Wo., 1910 Nr. 34.
Dt. med. Wo., 1911 Nr. 19.

von Strümpell: Med. Klin., 1910 Nr. 23.

Storm van Leeuwen: Allergische Krankheiten, J. Springer, 1925.
Ergebnisse d. ges. Medizin, 1929 Bd. 13.
Zeitschrift für Immunforschung, 1929 Nr. 62.
Zeitschrift für ges. exper. Med., 1928 Nr. 63.

Tonietti: Zeitschrift für ges. exper. Med., 1925 Nr. 45.

Lebenslauf.

Ich, Paul Hoene, wurde am 9. September 1899 als Sohn des Regierungsrates Aloys Hoene und seiner Ehefrau Jenny geb. Heinemann, in Magdeburg geboren. Nach den Volksschul- bzw. Vorschuljahren besuchte ich das humanistische Domgymnasium in Magdeburg, das ich im Juni 1917 verließ, um zum Heeresdienst einzutreten. Den Krieg machte ich an der Westfront mit und wurde bei der Maioffensive 1918 verwundet. Nach Beendigung des Krieges vom Heeresdienst entlassen besuchte ich am Domgymnasium in Magdeburg einen Kursus für Kriegsteilnehmer zur Erlangung der Reifeprüfung, die ich im Herbst 1919 bestand. Dem Medizinstudium oblag ich an den Universitäten Freiburg i. Br., München und Halle, wo ich im Dezember 1929 das medizinische Staatsexamen bestand.

Während des praktischen Jahres war ich an der Medizinischen Univ.-Klinik zu Halle tätig und seit Erlangung der Approbation bin ich als Volontärarzt an obiger Klinik.